

→ INSERT DISTRICT LETTERHEAD ←
Letter of Audit Results

(Child(ren's) Name(s))

(School)

(Grade)

(Date)

Estimado Padre o Encargado:

Una auditoria reciente identificó que la determinación de su hijo(s) para comidas gratis o a precio reducido o leche gratis estaba incorrecta. Comenzando _____ la elegibilidad de su(s) hijo(s) para beneficios de alimentos sera:

(*See note below)

_____ Cambiada de gratis a precio reducido por que su ingreso sobrepasa la cantidad permitida. El precio de comidas reducidas es \$_____ por desayuno, \$_____ por almuerzo, y \$_____ por merienda. Usted debe notificar la escuela cuando su ingreso familiar aumente por mas de \$50 al mes (\$600 al año) o cuando el número de miembros en la familia cambie.

_____ Cambiada de precio reducido a gratis porque su ingreso esta dentro de la cantidad permisible.

_____ Cambiada de negado a gratis porque su ingreso esta dentro de la cantidad permisible.

_____ Cambiada de negado a precio reducido porque su ingreso esta dentro de la cantidad permisible. El precio de comidas reducidas es \$_____ por desayuno, \$_____ por almuerzo, y \$_____ por merienda.

_____ Descontinuados por la(s) siguiente(s) razon(es):

- Su ingreso familiar sobre pasa la cantidad permisible para cualificar para comidas gratis o a precio reducido.
- Su aplicación estaba incompleta.
- _____.

Si usted no es elegible para beneficios actualmente y tiene una reducción de ingresos en su familia, pierde su empleo, o tiene un aumento de miembros de la familia, usted puede aplicar en ese momento para ser considerado para beneficios.

Si usted no esta de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con: _____ llamando al _____.
(Determining Official) (Telephone Number)

Usted también tiene el derecho a una audiencia justa. Si usted solicita una audiencia en _____,
(10 calendar days from the date of this letter)

su(s) hijo(s) continuaran recibiendo comidas gratis o a precio reducido hasta que la decisión de la audiencia sea tomada por el oficial de la audiencia. Para solicitar una audiencia justa llame o escriba a:

(Name of Hearing Officer)

(Address)

(Telephone Number)

Sinceramente,

(FIRMA)

Please Note: If benefits are increasing, i.e., from denied to free, denied to reduced, or reduced to free, changes in status must occur within three days. If benefits are decreasing, i.e., free to reduced, free to denied, or reduced to denied, households must be given ten calendar days notice.

De acuerdo con la ley federal y las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíben a esta institución discriminar en base o raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad o la inhabilidad.

Para submitir una queja de discriminación escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es abastecedor y proveedor de la oportunidad igual. .

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.